

| | | |
|----|--|-----------------|
| I3 |  | Rev. A 06.06.12 |
|----|--|-----------------|

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN ASSISTENZA DOMICILIARE

All'attenzione della Responsabile della Centrale Operativa Ryder Italia
 Telefono : 06.5349622 - Fax 06.53273183 – email: centroascolto@ryderitalia.it

| | | |
|--|------------|---|
| Cognome _____ | Nome _____ | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Età _____ Luogo e Data di nascita _____ | | |
| Stato Civile _____ Condizione lavorativa _____ | | |
| Indirizzo _____ | | Municipio _____ |
| Telefono _____ | | ASL _____ |
| Codice Regionale _____ | | |

| | | |
|--------------------------------|--|--------------------------|
| Familiare di riferimento _____ | | Grado di parentela _____ |
| Indirizzo _____ | | Città _____ |
| Recapiti telefonici _____ | | |
| Persone presenti in casa _____ | | |

| | | |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Ospedale /reparto _____ | Data ricovero _____ | Data dimiss. _____ |
| Diagnosi _____ | | Data diagnosi _____ |
| Patologie concomitanti _____ | | |
| Attuale terapia _____ | | |
| Email medico _____ | Firma del medico richiedente _____ | |

| IN CASO DI PAZIENTE ONCOLOGICO | |
|--|------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> soggetto con prognosi di sopravvivenza limitata evidenziata da pregressa documentazione clinica superamento di realistiche possibilità di cura specifica chirurgica, chemio e/o radioterapia soggetto che necessita di cure palliative in regime domiciliare | |
| Telefono _____ | Firma del medico richiedente _____ |
| N.B. Per la presa in carico, è necessario <u>allegare i risultati degli accertamenti più importanti della diagnosi (TAC, ECO, ecc.), eventuali esami ematochimici e la terapia in atto</u> | |